

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 - N° 71

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE
l'Hygroma tuberculeux sous-deltaïdien
A GRAINS RIZIFORMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 6 Février 1924

PAR

René-Gustave-Marie RAUTUREAU

Né aux Herbiers (Vendée) le 23 Novembre 1899

ANCIEN INTERNE PROVISoire DES HOPITAUX
ET DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ

Examinateurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur....	} <i>Président</i>	
		H. VERGER, professeur.....		
		CREYX, agrégé		} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 71

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE
l'Hygroma tuberculeux sous-deltôidien
A GRAINS RIZIFORMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 6 Février 1924

PAR

René-Gustave-Marie RAUTUREAU

Né aux Herbiers (Vendée) le 23 Novembre 1899

ANCIEN INTERNE PROVISIOIRE DES HOPITAUX
ET DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur....	<i>Président.</i>
		H. VERGER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	DENUCE.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	BEGOUIN.
id.	VILLAR.	Clinique gynécologique.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique		Clinique médicale des mala-	DENIGES.
générales	CRUCHET.	dies des enfants	SIGALAS.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.	Chimie biologique et médicale	LE DANTEC.
Anatomie pathologique et mi-		Physique pharmaceutique ...	
croscopie clinique	SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des	
Anatomie	PICQUE.	maladies exotiques	
Anatomie générale et histolo-		Clinique des maladies cuta-	
gie	G. DUBREUIL.	nées et syphilitiques	W.DUBREUILH
Physiologie	PACHON.	Pathologie externe et chirur-	
Hygiène	AUCHE.	gie opérat. et expérimentale	GUYOT.
Médecine légale et déontolog.	N.	Clinique des maladies nerveu-	
Physique biologique et cliniq.		ses et mentales	ABADIE.
d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	quée	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.	climatologie	SELLIER
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie....	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences na-		Chirurgie générale	ROCHER.
turelles	R. SIGALAS	id.	DUVERGEY.
id.	N...	id.	PAPIN.
Physique biologique et médic.	RECHOU.	id.	JEANNENEY.
Chimie biolog. et médicale...	HERVIEUX.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGERE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	DUPERIE.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.	GREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIE	Démonstrations et prépara-	
Médecine opératoire	N.	tions pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PÉRY	Chimie	N.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	N.
Puériculture	ANDERODIAS.	Chimie analytique	N.
		Hygiène appliquée	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre			
et les infirmes.....			MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe . — Prothèse et rééducation professionnelle..			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR RAUTUREAU

Souvenir de tendresse et de piété
filiale.

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans notre sujet, il nous est agréable de nous conformer à l'usage qui veut que, du seuil de la Faculté qu'on va quitter, on évoque le souvenir des Maîtres qui vous ont guidé de leurs conseils, instruit de leur expérience.

Notre premier regard sera pour MM. les Professeurs de l'école de Nantes qui nous ont initié à l'étude de la médecine. Nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux n'ont pas moins droit à notre gratitude.

Une année d'externat dans le service du Professeur Villar ne s'oublie jamais, lorsqu'on est livré dans la pratique aux difficultés de la clinique. Nous ne saurions dire cependant ce que nous avons le plus admiré chez ce Maître de l'amabilité courtoise de l'homme ou de cette rare intelligence clinique qu'il possédait à un si haut degré.

C'est dans les services de MM. les Professeurs Arnozan et Moussous que nous avons continué notre externat. Leur enseignement lumineux, leurs longues et si instructives causeries au chevet des malades resteront toujours présentes à notre mémoire, et nous sommes fiers d'avoir été leur élève.

Que MM. le Professeur Rivière et le Docteur Denis, dont nous avons été l'interne pendant notre année de provisoriat, veuillent bien recevoir nos meilleurs sentiments de gratitude.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Docteur René Villar de l'amitié qu'il nous a témoignée depuis

notre première année d'externat, alors qu'il remplissait les fonctions de chef de clinique. Il nous en a donné aujourd'hui une nouvelle preuve en nous guidant dans ce travail.

Monsieur le Professeur Princeteau nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer avec nos remerciements l'expression de notre respectueuse reconnaissance.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Hygroma tuberculeux sous-deltaïdien
à grains riziformes

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de présenter, dans notre thèse, une étude absolument originale des hygromas à grains riziformes. De nombreux travaux ont été faits à leur sujet. Cependant les cas en sont rares, et des lésions symétriques de cette nature n'ont pas été signalées jusqu'alors. Notre ami, le Docteur René Villar, en nous confiant une observation d'hygroma à grains riziformes sous-deltaïdien et bilatéral, nous a engagé dans cette étude, et c'est sur son inspiration que nous avons entrepris ce modeste travail.

Notre plan sera en quelques lignes le suivant :

Dans le chapitre premier, nous donnons un aperçu anatomique du système séreux sous-deltaïdien.

Nous continuons dans le chapitre II par la citation de neuf observations d'hygroma sous-deltaïdien à grains riziformes, dont deux inédites.

Les chapitres III, IV, V et VI font successivement l'objet de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et du diagnostic de cette affection.

Nous terminons enfin notre travail par l'exposé du traitement.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu Anatomique

L'étude anatomique des bourses séreuses de l'épaule est bien faite dans les traités classiques et on y trouve la description suivante :

On signale tout d'abord deux bourses séreuses, bourse du sous-scapulaire et bourse bicipitale, dont l'existence est à peu près constante. Elles sont une dépendance de la séreuse articulaire, qui envoie deux prolongements : l'un dans la fosse sous-scapulaire au-dessous du muscle du même nom ; l'autre dans la coulisse bicipitale autour du tendon de la longue portion du biceps.

En dehors de ces bourses séreuses qui émanent de la capsule, il existe, dans la plupart des cas, autour de l'articulation de l'épaule deux autres bourses. Elles se trouvent situées dans un espace compris entre la face profonde du deltoïde, recouvert de son aponévrose, et les nombreuses formations dures ou molles qui constituent la partie profonde de la région deltoïdienne, au sein d'une masse de tissu cellulaire lâche, le tissu cellulaire sous-deltoïdien. L'une d'elles est interne et située au niveau du trochin entre la face inférieure de l'apophyse coracoïde et la partie correspondante de la capsule recouverte par le tendon du sous-scapulaire : c'est la petite bourse sous-coracoïdienne. L'autre, externe, la plus constante, la plus grande, remarquable même par ses dimensions, c'est la bourse sous-acromiale, encore appelée bourse sous-deltoïdienne ou sous-acromio-del-

toïdienne. On la rencontre entre la face profonde du deltoïde et la voûte acromio-coracoïdienne d'une part, les tubérosités de l'humérus et le manchon capsulaire d'autre part. Elle s'étend souvent plus en dedans sur la face supérieure du tendon du sus-épineux. Cette bourse peut communiquer exceptionnellement avec la synoviale articulaire, surtout chez les sujets âgés. A l'état normal, elle est assez développée pour contenir quinze, vingt et même trente grammes de liquide. Dans certains cas, elle est divisée en deux lobes et même quelquefois cloisonnée, la portion sous-delloïdienne restant isolée de la portion sous-acromiale.

Pour être complet, mentionnons également l'existence variable d'une bourse musculaire, située entre le tendon commun du biceps et du coraco-brachial et la capsule fibreuse de l'articulation, et une autre bourse située sur le côté interne du coraco-brachial entre le tendon sous-scapulaire et le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle.

De toutes ces bourses séreuses, la bourse sous-delloïdienne est celle qui est toujours ou presque toujours le siège d'hygroma à grains riziformes. Sa situation externe, et par conséquent son exposition plus grande au traumatisme, le retentissement plus considérable sur cette bourse des mouvements si étendus et pour ainsi dire incessants de la tête humérale au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne et du muscle deltoïde expliquent facilement cette localisation élective.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. René VILLAR, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté)

Hygroma sous-delhoïdien bilatéral à grains riziformes

Jeune fille, 29 ans, présentant une tuméfaction des deux régions deltoïdiennes. Celle du côté droit, apparue il y a plus de deux ans, est plus volumineuse (orange) que l'autre (mandarine), remarquée par la malade seulement vers le début de 1922. La peau à leur niveau présente un aspect normal. Par la palpation, sensation de mollesse et d'empatement, fluctuation. La palpation bimanuelle permet de percevoir des frottements doux, mais non le bruit de chaînons. Une ponction pratiquée ces temps derniers par le docteur Neau, permet de retirer de l'épaule droite un liquide louche tenant en suspension des corpuscules ressemblant à des grains riziformes. Fonctionnement parfait des articulations scapulo-humérales qui ne se trouvent gênées en rien par la présence des deux tuméfactions; pas de signes d'arthrite, pas de frottements sous-scapulaires.

Polyadénopathie cervicale bilatérale.

Kyste arthrosynovial plaqué contre le squelette en regard de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Opération 12 novembre 1923. — Les deux hygromas sont opérés dans la même séance. Longue incision verticale immédiatement en dehors du sillon dalto-pectoral. Traversée du deltoïde et mise à nu de la face superficielle de l'hygroma qui paraît lisse et d'aspect bleuâtre et se laisse facilement séparer des plans voisins, notamment du nerf et des vaisseaux circonflexes. Adhéren-

ces profondes empêchant l'énucléation. Incision de l'hygroma et évacuation de son contenu. Dissection et ablation de sa partie adhérente, dont un prolongement s'enfonce sous l'acromion. Atouchement du champ opératoire avec une solution de chlorure de zinc au dixième. Drainage de l'espace sous-deltaïdien par une contre incision postérieure.

Examen des pièces.

Poches lisses à leur périphérie, présentant sur leur surface interne des excroissances villeuses d'une teinte rouge violacée et contenant un grand nombre de corpuscules, les uns arrondis ou lenticulaires, les autres riziformes, présentant une consistance mollassse et une couleur jaunâtre.

Examen histologique pratiqué par M. le Professeur Sabrazès.

Hygroma végétant, vascularisation très marquée, formation d'îlots tendant à se détacher du substratum fibreux qui est infiltré de lymphocytes ainsi que de plasmocytes. Présence de quelques cellules dites de Russel et de cellules à cytoplasme clair spongiocytaire. On trouve des agminations cellulaires formant de véritables nodules lymphatiques sans espaces clairs germinatifs: pas de cellules géantes. En somme, substratum fibreux contenant des nodules lymphocytiques qui pourraient être des tubercules lymphoïdes sans qu'on puisse en fournir l'épreuve.

Les préparations May-Giemsa montrent dans les végétations, à côté de cellules conjonctives d'hyperplasie, des lymphocytes et plasmocytes, des vaisseaux néoformés à lumière mince. Les cellules géantes sont absentes, les mastzellen rares et on n'a pas trouvé d'éosinophiles. Il existe des lymphocytes en pycnose. La recherche des bacilles de Koch a été négative.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PRINCETEAU)

Hygroma à grains riziformes de la bourse sous-deltaïdienne gauche, traité et guéri par la ponction évacuatrice suivie d'injection modificatrice.

Vers la fin du mois de mai 1923, mon excellent confrère et ami, le Docteur Lauga, m'adresse un petit garçon, âgé de 4 ans, chez

qui il a vu évoluer depuis quelques mois une tuméfaction régulière, siégeant au niveau du moignon de l'épaule gauche et provoquant une douleur et une gêne dans les mouvements de cette articulation très peu marquées. En somme, c'est une affection qui a évolué à bas bruit et qui ne paraît inquiéter les parents que par la difformité qu'elle a provoquée.

Le père, qui nous conduit l'enfant, est très bien portant et ne présente aucune tare pathologique. La mère et la grand'mère, que nous avons pu voir dans les visites suivantes, sont également bien portantes. Quant aux autres ascendants, ils sont décédés sans qu'il soit possible de préciser l'affection à laquelle ils ont succombé.

A l'examen de l'épaule gauche, nous constatons l'existence d'une tuméfaction molle et nettement fluctuante, dessinant d'une façon absolument précise la configuration du muscle deltoïde lui-même. Lorsque le petit malade élève le bras en abduction, la contraction du muscle deltoïde limite d'une façon plus précise encore le champ deltoïdien, et l'on voit apparaître, à la surface, des saillies et des dépressions apparaissant et disparaissant tour à tour et montrant ainsi la direction des fibres mêmes du muscle deltoïde. On ne perçoit en aucun point de sensation de crépitement ni de froissement. Il n'existe qu'une fluctuation généralisée et pas de trace de cloisonnement dans la cavité sous-deltoïdienne.

A signaler cependant la présence d'un point douloureux à la pression au niveau du trochin.

Une radiographie, faite sur nos indications, nous montre nettement une sorte de vacuolisation de la saillie du trochin et nous fait penser à une lésion tuberculeuse, siégeant en ce point et ayant donné naissance à un véritable abcès froid de la bourse sous-deltoïdienne.

Nous conseillons, à la suite de cet examen, un traitement par la ponction évacuatrice qui est pratiquée le 2 juin 1923 et que nous faisons suivre d'une injection d'huile étherée gaïacolée et iodoformée.

Après cette première intervention, la situation semble s'améliorer, mais la tuméfaction s'étant reproduite, nous pratiquons une

seconde ponction le 23 juin 1923. Même technique que précédemment, mais, cette fois-ci, le résultat est meilleur et le malade, qui est guéri au bout d'un mois, est envoyé à la campagne où il reste jusqu'à la fin d'octobre.

Nous l'avons revu dans ce mois de janvier 1924 et avons pu constater que la guérison fonctionnelle et anatomique est bien complète, mais qu'il persiste une augmentation de volume de la tête humérale gauche.

N.-B. — Dans le liquide que nous avons extrait par la ponction, nous avons retrouvé et surtout la première fois, de petits grains ayant l'aspect de grains de riz classique des kystes à grains riziformes.

OBSERVATION III (Résumée)

(GOSSELIN, in-*Cliniques de la Charité*, 1869)

Jeune homme de 17 ans, venu à l'hôpital pour un gonflement insolite dans la région de l'épaule gauche. Déformation évidente du moignon de l'épaule. Dans le creux sous-claviculaire, au niveau de l'extrémité externe de la clavicule, on voit une tumeur arrondie, grosse comme la moitié d'une orange, un peu molle, très sensiblement fluctuante, non réductible, mais s'affaissant un peu par la pression, comme si elle n'était pas aussi distendue qu'elle pourrait l'être. En exerçant une pression un peu forte, on sent quelquefois rouler sous les doigts de petits corps arrondis; néanmoins cette sensation n'est pas toujours distincte.

Le malade rattache son affection à ses occupations, qui l'obligeaient à porter journellement des paniers qu'il appuyait sur son épaule gauche. Le diagnostic d'hygroma profond sous-deltaïdien fut posé.

Le traitement consiste dans une ponction avec un petit trocart, sous l'acromion. Issue de 40 grammes de liquide roussâtre, contenant en suspension des grains riziformes. Injection de teinture d'iode par moitié. Le malade sort de l'hôpital de 7 juillet 1869 très amélioré, mais on perçoit encore à ce moment de la crépitation.

Fin juillet, la tumeur a complètement disparu.

OBSERVATION IV

(SYDNEY JONES, in-*The Lancet*, 1869)

Jane T..., 29 ans, fut admise dans le service de M. Sydney Jones, le 15 mai 1868. Elle présentait un gonflement de l'épaule droite datant de dix-huit mois. Lorsque le deltoïde était relâché, il était évident que la tumeur était située sous le muscle. Elle avait environ la taille d'une orange, en apparence bien circonscrite; sa surface était un peu lobulée, la fluctuation était difficile ou impossible à percevoir avec évidence.

Le 27 mai, ponction avec un trocart : il sortit un liquide visqueux et gélatineux; l'écoulement ayant cessé, on introduisit une plus large canule qui donna issue à une matière visqueuse, plus opaque, mélangée de nombreux grains riziformes.

Le 3 juin, la piqûre est cicatrisée, mais le gonflement a repris son volume primitif. Incision large au niveau de la tumeur et énucléation au doigt d'un grand nombre de grains.

10 juin. — La cavité suppure et il s'en écoule un pus de bon aspect. La cavité est seringuée deux fois par jour, avec une solution de chlorate de soude.

6 juillet. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION V

(DELORME, in-*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1894)

Un vigoureux cuirassier, ni syphilitique, ni rhumatisant, s'aperçut par hasard, quinze jours avant son entrée dans le service de M. Delorme, au Val-de-Grâce, d'un léger gonflement de la région deltoïdienne droite, s'accompagnant d'une gêne peu douloureuse des mouvements d'abduction. Brusquement, en deux jours, la région deltoïdienne augmenta du volume d'un poing et demi. Le gonflement régulier était surtout marqué en avant et en bas. On percevait nettement sous le deltoïde une sensation de flot, sans bruissement ni frottement. Les mouvements passifs étaient peu douloureux, moins bornés que les mouvements actifs.

M. Delorme pensa à un hygroma sous-deltoïdien et ouvrit la poche par une incision antérieure. Elle contenait environ un verre d'un liquide jaune clair presque gélatineux : la paroi interne de

la poche était recouverte de dépôts fibrineux analogues à ceux des pleurésies. Des flocons libres nageaient dans le liquide. Râclage prolongé de la poche à la curette tranchante. Cautérisation au chlorure de zinc. Guérison en un mois.

L'examen histologique pratiqué par M. Laveran montra qu'il s'agissait bien d'un processus tuberculeux et les cellules géantes trouvées dans la paroi de la poche étaient caractéristiques.

OBSERVATION VI

(De Alph. ROBERT, in-thèse RICHARD)

L..., âgé de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1858. Il raconte que depuis un an environ il éprouvait dans l'épaule droite des douleurs qu'exaspéraient les mouvements un peu énergiques du bras. Ces mouvements y provoquaient aussi un espèce de frémissement.

A l'examen on reconnaît à la face antérieure du moignon de l'épaule droite un gonflement qui efface le sillon delto-pectoral et même le remplace par une tumeur lisse, molle, indolente, située entre le deltoïde et la tête de l'humérus.

La tumeur est fluctuante, hémisphérique, nettement circonscrite. On perçoit en recherchant la fluctuation, une sensation particulière de crépitation.

M. Robert, se basant sur l'anatomie de la région et la clinique, arrive aux conclusions suivantes : hygroma à grains riziformes développé dans la bourse séreuse sous-delloïdienne. Une ponction exploratrice faite avec un trocart moyen confirme ce diagnostic. L'intervention consista en une ponction avec un gros trocart qui donna issue à 1.500 grammes d'un liquide clair, filant, mélangé à de nombreux grains riziformes. La ponction fut suivie d'injection iodée. Pendant les deux premiers jours, légère inflammation de la poche.

Le malade sort guéri quatorze jours après la ponction.

OBSERVATION VII (Résumée)

(CAMPENON, in-thèse RICHARD)

Pierre A..., 33 ans, domestique, entre le 16 novembre 1892 à la Charité dans le service de M. Campenon. Il vient pour une tu-

meur du volume d'une mandarine, située dans la région deltoïdienne gauche. Début il y a dix-huit mois sans cause connue.

Tumeur nettement circonscrite, sans lobulation, située sous le deltoïde. A l'état de repos, la tumeur est franchement fluctuante, et on a l'impression de grains riziformes qu'on se renvoie d'un doigt à l'autre. On retrouve dans les antécédents du malade une ostéo-arthrite bacillaire du genou à 15 ans, guérie avec une ankylose du genou en bonne position.

On pose le diagnostic d'hygroma à grain riziformes de la bourse sous-delhoïdienne.

Opération le 20 novembre 1897. Incision de 10 centimètres partant de l'acromion et parallèle aux fibres du deltoïde. On écarte ces fibres et on tombe sur la poche fluctuante que l'on dissèque sans l'ouvrir : elle se continue avec la bourse séreuse sous-acromiale et présente un autre prolongement se dirigeant vers le tendon du long biceps. Comme on ne peut le disséquer jusqu'au bout, on l'ouvre et il s'en écoule environ 100 grammes de liquide séropurulent tenant en suspension de nombreux grains riziformes. Excision de la poche. Pansement. Le malade sort guéri le 29 novembre.

OBSERVATION VIII

(BILHAUT, in-*Annales d'orthopédie et de Chirurgie pratiques*, Paris, 1892)

M^{lle} M... se présente à ma consultation le 20 décembre 1891 et me demande un conseil pour la douleur qu'elle éprouve dans l'épaule droite.

Elle m'apprend qu'elle est née à Paris de parents relativement bien portants. Depuis son enfance, elle a eu la rougeole et la coqueluche. A l'âge de 5 ans, elle a été prise d'une adénite cervicale qui a suppuré longtemps et qui a laissé sur le côté gauche du cou une cicatrice caractéristique.

A 12 ans, elle a été prise de coxalgie; immobilisée 18 mois dans la gouttière de Bonnet, elle a pu ensuite marcher, sans trop de gêne, malgré la raideur de l'articulation coxo-fémorale, malgré le degré manifeste d'atrophie des muscles de la fesse, de la cuisse et surtout du triceps fémoral.

Au moment où la malade se présente à mon observation, elle dit souffrir de l'épaule depuis trois mois environ.

Les frères et sœurs sont en bonne santé; mais une petite nièce, fille de sa sœur, est atteinte d'une coxalgie suppurée pour laquelle j'ai dû, depuis, recourir à la résection de la hanche.

L'état général de la malade est un peu défectueux. La coloration du visage est bonne. La menstruation se fait régulièrement.

La région de l'épaule gauche est le siège d'un gonflement peu douloureux à la pression. La tuméfaction est surtout accentuée en avant et au niveau de la moitié antérieure du deltoïde. En ce point, la peau est tendue, luisante, sans élévation de température, néanmoins sa coloration est normale, cependant les veines superficielles ont acquis un développement exagéré.

À la palpation, il est facile de reconnaître que la tumeur est molle et fluctuante.

Si l'on imprime à l'articulation des mouvements passifs, on n'y trouve aucun craquement, pas la moindre raideur articulaire. Cela fait éliminer l'idée d'une scapulalgie ou tumeur blanche de l'épaule. °

En recommandant à la malade d'exécuter elle-même des mouvements d'élévation du bras, la tumeur devient dure, elle semble même diminuer légèrement de volume. On ne note pas non plus le moindre craquement pendant les mouvements spontanés.

Il paraît vraisemblable que la collection est placée sous le deltoïde, mais qu'elle ne communique pas librement avec l'articulation de l'épaule. Il est d'ailleurs impossible de connaître la nature du liquide à moins de recourir à une ponction exploratrice. Je propose donc à la malade la ponction et, s'il y a lieu, je recourrai au lavage de la poche et au besoin, à l'injection d'huile iodoformée.

Cette opération est pratiquée. J'introduis un trocart de calibre moyen dans la poche et je choisis comme lieu d'élection la partie la plus saillante de la tumeur. Cela correspond à peu près à la ligne médiane. A un travers de doigt en avant, je pratique une incision qui comprend la peau, le deltoïde et enfin une poche assez épaisse. Immédiatement, je vois sortir de la tumeur un liquide

marron, foncé en couleur, contenant de gros grains riziformes. Quand le liquide est épuisé, je fais la suture des lèvres de la plaie avec le crin de Florence et je complète l'oblitération à l'aide du collodion.

Par le trocart enfoncé en premier lieu, j'injecte 60 gr. d'huile iodoformée à 10 %. Après avoir retiré le trocart, j'applique sur l'orifice une couche de collodion iodoformé.

Les suites sont bonnes, pas de fièvre, pas de frisson. Au bout de huit jours, les fils sont enlevés et la plaie opératoire est complètement cicatrisée.

L'examen du liquide et des grains riziformes dénote la présence de bacilles de Koch. Il s'agit donc bien d'une collection tuberculeuse.

L'huile iodoformée injectée dans la poche donne immédiatement la sensation de fluctuation; mais je note que cela persiste encore au bout de deux mois. Bien qu'aucun changement appréciable ne se soit produit dans le volume de la tumeur, plusieurs questions se posent : le liquide s'est-il résorbé ? N'a-t-il pas été remplacé au fur et à mesure par une collection pathologique ? Les grains riziformes ne se sont-ils pas reproduits ?

Au bout de trois mois, l'opérée reste à peu près dans le même état; la collection paraît néanmoins un peu augmentée. Je propose un traitement par l'incision large et le nettoyage à la curette.

Cette opération est pratiquée le 3 avril 1892. Pendant l'anesthésie chloroformique je pratique, sur le trajet même de la première intervention, une incision linéaire de 5 centimètres; je pénètre dans le deltoïde et je trouve une collection moins foncée que la première, mais contenant des grains riziformes en assez grand nombre. Je pratique le curettage des parois, je fais un badigeonnage avec une solution de chlorure de zinc à 10 %, enfin j'enlève par les frottements à la gaze iodoformée toutes les parcelles encore adhérentes. Un lavage définitif à la solution phéniquée forte complète la toilette. Oblitération par cinq points de suture. Je laisse en place un drain de 7 millimètres de grosseur et 5 centimètres de longueur. Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate de tourbe.

La marche de la cicatrisation a été des plus régulières. Au bout de huit jours, renouvellement de pansement. Le drain est raccourci de moitié, puis supprimé au bout d'une autre semaine. Les fils sont enlevés aussi au deuxième pansement. La plaie du drain est cicatrisée au bout de la quatrième semaine. La malade a eu l'épaule convenablement immobilisée pendant plus d'un mois.

Aujourd'hui l'intervention date de près de trois mois et le résultat se maintient aussi complet que possible. Les mouvements de l'articulation sont absolument normaux; j'ai pu constater d'ailleurs, à ma seconde intervention, que la collection était absolument en dehors de l'article et ne communiquait pas avec elle en aucun point.

OBSERVATION IX

(MM. LERICHE et RHEUTER, in-*Lyon Médical*, 1908)

Il s'agit d'un cultivateur de 38 ans, qui dit avoir toujours eu une bonne santé, et dont les antécédents héréditaires sont à peu près négatifs; sa mère serait morte d'une affection pulmonaire, mais à un âge avancé.

Il y a dix-huit mois, il ressentit quelques douleurs dans l'épaule gauche; ces phénomènes douloureux allèrent en s'accroissant un peu et ne tardèrent pas à s'accompagner d'une certaine gêne dans les mouvements articulaires. Ceux-ci étaient essentiellement limités dans l'élévation, qui ne permettait guère de dépasser l'horizontale.

Attribuant ces troubles à du rhumatisme et devant l'état stationnaire des symptômes une fois établis, notre malade ne s'en inquiéta pas et ce n'est qu'à la longue, devant la persistance de sa douleur et de sa gêne articulaire, qu'il se décida à venir à l'hôpital.

À l'examen, on se trouve en présence d'un homme qui a toutes les apparences d'une robuste santé et chez lequel l'examen somatique est parfaitement négatif. Toute sa lésion est limitée à l'épaule gauche et celle-ci apparaît d'emblée déformée avec soulèvement appréciable du deltoïde très atrophie. Il n'accuse pas de douleurs spontanées bien vives, mais la pression au niveau de la

zone tuméfiée lui arrache des cris; la palpation donne d'ailleurs une sensation de fausse fluctuation difficile à percevoir en raison de la masse musculaire interposée. On cherche le bruit de chaînons (qu'un examen antérieur avait révélé à M. Tavernier, apprîmes-nous ultérieurement), mais il fut impossible de le percevoir.

Les mouvements ont conservé leur limitation du début, c'est-à-dire que le mouvement d'élévation, assez douloureux d'ailleurs, ne dépasse pas l'horizontale.

On constate enfin dans le creux sus-claviculaire gauche un assez gros paquet ganglionnaire.

Le deltoïde, le sus et le sous-scapulaire présentent une atrophie très appréciable.

Le diagnostic paraissait assez délicat, et l'on s'arrêta à celui d'une lésion de la bourse séreuse sous-delloïdienne, lésion tuberculeuse à point de départ articulaire; la présence des ganglions sus-claviculaires semblait constituer un argument de valeur en faveur de la lésion articulaire primitive.

Toujours est-il qu'à trois reprises différentes on ponctionna la masse pseudo-fluctuante qui soulevait le deltoïde; la première ponction ramena à peine 1 centimètre cube de liquide gélatineux et les deux autres restèrent complètement blanches. On les fit néanmoins suivre d'injections de glycérine iodoformée qui purent pénétrer en petites quantités.

Les phénomènes ne se modifièrent pas malgré le traitement et l'immobilisation rigoureuse à laquelle le malade fut soumis pendant plus d'un mois, et l'on se décida pour une intervention plus radicale.

Après incision du deltoïde au niveau de la lésion, on tomba sur une coque dure, scléreuse, qui à première vue semblait être la capsule articulaire; une recherche plus minutieuse permit de trouver cependant un plan de clivage et de séparer une poche dont l'ouverture donna issue à un grand nombre de grains rizi-formes de très gros volume.

L'examen histologique y montra quelques cellules géantes. La guérison fut rapide. Actuellement, deux mois après l'intervention, les mouvements ne sont pourtant pas encore complètement revenus.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

La tuberculose des bourses séreuses peut se manifester sous des formes variables. L'hygroma à grains riziformes n'en est pas la plus fréquente et on rencontre plus souvent des bursites à forme séreuse, ressemblant beaucoup à l'hygroma séreux, mais que différencient l'examen microscopique ou l'inoculation.

Comparée à la grande fréquence des synovites à grains riziformes, l'hygroma à grains riziformes ou bursite à grains de Lejars est une affection relativement rare.

La plupart des bourses séreuses peuvent en être le siège, qu'elles soient normales ou accidentelles. Par ordre de fréquence, on peut les classer ainsi : bourse prérotulienne, bourse sous-deltoïdienne, celle de la patte d'oie, la bourse périrochantérienne, la bourse quadricipitale. Celles du psoas, de la malléole externe sont atteintes dans plusieurs observations que nous avons lues. Nous avons pu réunir neuf observations d'hygromas à siège sous-deltoïdien, dont deux inédites et récentes. L'une de ces dernières a une particularité que ne possède aucune des autres, c'est qu'elle rapporte une lésion bilatérale. Cette symétrie avait été déjà signalée par Reinhardt pour la tuberculose des bourses séreuses, mais dans les trois cas cités par lui, aucun d'eux ne concernait la forme à grains. Du reste, la cause qu'il invoquait pour expliquer ce fait ne se retrouve pas ici et il

n'existe pas dans l'histoire de notre malade des frottements répétés s'exerçant également sur les deux régions deltoïdiennes.

Les conditions étiologiques, qui président au développement, au niveau des bourses séreuses normales ou accidentelles, du processus tuberculeux dans cette forme si particulière, sont assez obscures.

D'après les observations que nous avons lues et celles que nous rapportons, l'influence de l'âge semble minime. C'est cependant à l'âge adulte de préférence qu'évolue l'affection. Le sexe masculin est le plus souvent atteint et cela résulte, semble-t-il, des conditions particulières d'existence qui l'exposent beaucoup plus aux traumatismes.

Longtemps l'expérience de Max Schüller, qui inoculait des produits tuberculeux dans le sang des lapins, traumatisait les articulations et voyait des tumeurs blanches se développer aux points traumatisés, a été considérée comme indiscutable. Les expériences de Lannelongue et Achard n'ont pu la reproduire, et l'hypothèse d'un traumatisme unique suffisant à localiser une infection tuberculeuse latente a été détruite. Quant au traumatisme minime, incessant et répété, son action sur l'apparition des hygromas tuberculeux ne semble pas, d'après Ombrédanne, être différente de celle qu'il possède sur la production des bursites professionnelles. C'est peut-être dans ce sens qu'on doit interpréter l'effet produit par la pression répétée d'un panier sur l'épaule dans l'observation III.

Comme les tuberculoses locales, l'hygroma à grains riziformes peut être et demeurer la seule manifestation de la diathèse bacillaire. On peut le rencontrer chez des tuberculeux pulmonaires, ou le voir apparaître après d'autres localisations de la tuberculose comme chez les malades des observations VII et VIII qui ont présenté tous deux des lésions coxalgiques dans leur enfance. Mais souvent, l'hygroma hordéiforme évolue seul, indépendant de toute autre manifestation tuberculeuse.

Il est rare qu'on trouve une hérédité tuberculeuse; cependant elle mérite toujours d'être recherchée, car on sait que tout individu, dont le passé héréditaire est entâché de bacillose, se trouve en état de moindre résistance.

En dehors des hygromas primitifs, signalons l'existence de bursites secondaires, qui sont le résultat de la propagation de proche en proche d'une arthrosynovite tuberculeuse ou d'une ostéite tuberculeuse. Deherripon rapporte, à ce sujet, un cas intéressant, où un hygroma à grains riziformes de la bourse périrochantérienne avait eu pour point de départ l'infection osseuse de la partie supérieure du grand trochanter. L'observation de M. le Professeur Princeteau, où l'hygroma semble secondaire à une ostéite de l'épiphyse humérale, vient également à l'appui de ce fait.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique Pathogénie

Les premiers auteurs qui étudièrent les grains riziformes les prirent pour des corps organisés. C'est Laënnec qui fit, le premier, l'examen de corps flottants dans le liquide d'un hygroma. Il crut à des vers vésiculaires, auxquels il donna le nom d' « *acephalocystis plana* ». Raspail, Dupuytren, Cooper n'élucidèrent pas davantage la nature exacte de ces grains, et tout l'honneur d'avoir déceuvé, dans les parois d'un hygroma, la présence de nodules tuberculeux et de bacilles de Koch, revient à Nicaise, Poulet et Vaillard en 1885. Ce sont eux qui pratiquèrent les premières inoculations de grains au cobaye et au lapin, et qui réussirent à provoquer la tuberculose chez les animaux.

Depuis, les travaux de Volkmann, de Koster et de Nélaton ne firent que confirmer ces premières recherches. De 1889 à 1907, Schuchardt, Reise et Volkovitch ont publié des études intéressantes sur la question. Ombredanne, dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, Forgue et E. Etienne ensuite font, à propos de l'anatomie pathologique de la synovite à grains riziformes, des considérations que l'on peut rapporter aussi bien à l'hygroma à grains riziformes, car la parenté qui existe entre les deux affections et la similitude des lésions ne sont pas douteuses.

Actuellement la nature tuberculeuse de l'hygroma à grains peut être affirmée et les inoculations pratiquées sys-

tématiquement donneraient presque toujours des résultats positifs.

D'ailleurs, comme l'a dit Baugé, les bourses séreuses sont sœurs cadettes des synoviales tendineuses, les synoviales articulaires leur sont bien proches parentes, car toutes trois ont une même origine conjonctive. C'est une même famille avec plusieurs degrés de parenté. Quoi d'étonnant alors à ce que les mêmes causes produisent sur elles les mêmes effets et que la tuberculose, qui donne des arthrites et des hygromas fongueux, donne aussi des arthrites et des hygromas à grains.

L'évolution clinique s'est montrée conforme aux idées aujourd'hui admises. Il en est ainsi pour l'observation très intéressante d'un malade opéré par Quénu et dont l'hygroma, à grains d'abord, devint fongueux, s'accompagnant de généralisation tuberculeuse.

Si l'on pratique l'examen anatomo-pathologique d'une poche d'hygroma à grains, enlevée par exemple par dissection, on constate macroscopiquement une tumeur de volume variable, assez irrégulière, tantôt lisse à sa périphérie et énucléable, tantôt adhérente aux plans voisins. La paroi interne de la poche est généralement assez lisse, présentant parfois quelques excroissances villeuses, et, comme le signale Duvernay, on trouve de petits grains riziformes implantés comme une branche de corail sur un rocher, très irrégulier, fréquemment réunis par de petites grappes.

Signalons que la poche présente souvent un rétrécissement en sablier, un véritable canal, ou encore une sorte de diaphragme, et nous verrons en étudiant la symptomatologie toute l'importance qu'il faut attacher à cette disposition.

Le contenu est formé tantôt uniquement par les grains, tantôt par un liquide plus ou moins citrin, tenant les grains en suspension. De couleur blanche opaline, de consistance élastique, ils ressemblent à du riz cuit, d'où leur nom de riziforme. Leur volume est variable et peut aller d'un grain de millet à un petit noyau de cerise. Leur contour est ova-

laire et, comme leur grand diamètre est le double de leur petit diamètre, ils ont donc plutôt la forme de pépins de melon et ne sont comparables à du riz cuit que par leur couleur. Dans certains cas, ils présentent des facettes qui semblent être l'empreinte de pressions réciproques et il n'est pas rare de les voir mollement agglutinés entre eux.

Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Sabrazès l'examen anatomo-pathologique des préparations microscopiques, provenant de la malade qui fait le sujet de l'observation I, et voici ce qu'il a été à même de constater :

« On a à faire à un hygroma végétant dont la vascularisation est très marquée. Il y a formation d'îlots, tendant à se détacher du substratum fibreux, qui est infiltré de lymphocytes ainsi que de plasmocytes. On voit quelques cellules, dites de Russel, et des cellules à cytoplasme clair spongiocytaire. On trouve des agminations cellulaires, formant de véritables nodules lymphatiques sans espaces clairs germinatifs, mais en aucun point on ne peut mettre en évidence de cellules géantes. En somme, il s'agit d'un substratum fibreux contenant des nodules lymphocytiques, qui pourraient être des tubercules lymphoïdes sans qu'on puisse en fournir la preuve. Les préparations au May-Giemsa montrent dans les végétations, à côté de cellules conjonctives d'hyperplasie, des lymphocytes, des plasmocytes et des vaisseaux néoformés à lumière mince. Les cellules géantes sont absentes, les mastzellen rares, et on n'a pas trouvé d'éosinophiles. Il existe des lymphocytes en pycnose. La recherche des bacilles de Koch a été négative. »

Si nous nous rapportons à la description anatomo-pathologique que fait Ombrédanne, nous voyons qu'il est rare de ne rencontrer ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes, mais que le plus souvent, alors même que l'histologie ne montre pas de formations caractéristiques, l'inoculation donne un résultat positif et nous regrettons qu'elle n'ait pu être faite ici. Voici comment Ombrédanne décrit la paroi et les grains.

La paroi est formée de trois couches : une couche externe fibreuse, une couche moyenne constituée par du tissu conjonctif fibrillaire et une couche interne formée par des cellules embryonnaires. Dans les trois couches sont répartis des tubercules qui, d'après Nicaise, Poulet et Vaillard, se présentent sous des aspects différents. Ce sont tantôt des follicules constitués par une grande cellule géante, entourée d'une zone épaisse de cellules épithélioïdes. Tantôt le follicule est constitué par un amas de cellules épithélioïdes autour duquel se conglomèrent des cellules embryonnaires. Tantôt enfin, c'est seulement un tubercule élémentaire constitué par un amas de cellules embryonnaires. On y trouve quelques bacilles de Koch peu abondants.

Ces granulations sont plus nombreuses dans les couches externes que dans les couches internes, où les tubercules dégénèrent et se nécrosent pour produire, en dedans de la couche la plus interne, une autre couche dite limitante. Nous voyons qu'ici le tuberculome n'est pas essentiellement différent de ce qu'il est dans un ganglion ou dans une épiphyse osseuse : à tendance envahissante par sa périphérie, à tendance nécrosante au voisinage de sa cavité centrale.

Les grains sont constitués par une substance fibrinoïde et peuvent se présenter sous deux aspects : il existe une disposition stratifiée et une autre réticulée.

Sur une série de coupes, interprétées par M. Letulle, Ombrédanne a vu : « Sur certaines, des grains riziformes, constitués dans leur ensemble par une substance fibrinoïde vraiment stratifiée. Au centre des grains, on voyait encore des éléments fibreux nettement reconnaissables. Enfin, sur quelques points à la périphérie, apparaissaient des masses hyalines, absolument vitreuses. Sur d'autres coupes, on pouvait constater, grâce aux colorations, l'identité absolue de structure du grain riziforme et de la couche la plus interne de la poche. Le grain riziforme semblait encore rattaché par un pédicule fibreux ou fibrinoïde à un point de la paroi où la dégénérescence était également moins accentuée. »

Forgue fait quelques critiques à cette manière de voir et Mathieu (thèse de Bordeaux, 1919) estime qu'il y aurait lieu de rectifier l'exposé d'Ombrédanne en décrivant :

- a) Une couche interne ou limitante non continue;
- b) La présence de grains tout formés dans cette paroi;
- c) Des formations analogues dans la couche moyenne;
- d) La pénétration réciproque de ces couches.

Au sujet de la nature exacte de la substance qui constitue le grain, Forgue pense qu'il s'agit d'un réticulum de fibrine très fin, noyé dans une substance amorphe analogue à un exsudat quelconque et au sein de laquelle sont emprisonnés quelques éléments cellulaires.

Quant au processus de formation des grains riziformes, il a été fort diversement interprété. On a longtemps cru qu'il s'agissait de fibrine venant soit d'une exsudation sanguine, soit du liquide épanché sur la surface libre de la séreuse.

Virchow pensait que les grains étaient le produit d'un bourgeonnement actif de la paroi. L'avis de Nicaise était qu'il s'agissait d'enroulement sur eux-mêmes de lambeaux pariétaux nécrosés.

Ombrédanne fait remarquer que le processus de fragmentation de la couche interne par suite d'une prolifération sous-jacente est plus vraisemblable que la congglomération des lanières enroulées, et, d'après lui, les mouvements, qui se passent dans la bourse séreuse, roulent et polissent les blocs de substance fibrinoïde, mais ne les enroulent jamais sur eux-mêmes. « C'est dans cette mesure seulement que le mouvement interviendrait dans la production des grains riziformes. »

Avec Forgue, l'influence des toxines tuberculeuses serait prépondérante, et, sous leur action, il y aurait début de formation des grains au niveau du follicule et accroissement aux dépens des éléments cellulaires et fibreux de la couche moyenne. La nécrose du tissu intercalaire leur permettrait d'arriver dans la cavité de la bourse séreuse.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des hygromas à grains riziformes diffère peu quel que soit le siège de la lésion, et les signes particuliers qu'ils empruntent suivant leur localisation ne viennent pas modifier beaucoup leur allure clinique générale. C'est ce que confirment les observations que nous avons rapportées et où nous retrouvons les signes classiques de l'affection.

Le début est généralement lent, insidieux. Le premier phénomène qui attire l'attention du malade n'est pas à proprement parler de la douleur véritable, mais plutôt de la gêne qui accompagne certains mouvements du bras, et particulièrement celui d'élévation. Cette gêne est rarement assez considérable pour amener le malade à consulter immédiatement un médecin, et c'est surtout la persistance de cette légère impotence fonctionnelle qui finit par l'inquiéter, et lorsqu'il vient au chirurgien, l'affection évolue depuis longtemps.

Parfois, comme dans l'observation IV, la douleur prend une acuité plus forte, et, dans le cas cité, ce sont des douleurs lancinantes, irradiant le long du bras, qui décident le malade à demander l'intervention chirurgicale.

Il arrive quelquefois que c'est l'apparition d'une tumeur, la déformation locale seule qui attire l'attention, mais, d'une façon habituelle, dans le cas d'hygroma à grains riziformes, la gêne fonctionnelle semble être le premier symptôme en date dans l'histoire de l'affection.

La tumeur a un développement variable avec l'âge de la maladie, mais, lorsqu'elle se présente à l'examen, elle a suffisamment évolué pour qu'on puisse y constater les signes suivants :

A l'inspection, on voit que la région deltoïdienne, surtout dans sa partie interne, est déformée avec soulèvement appréciable du deltoïde, généralement atrophie. Le relief que fait à ce niveau la tumeur est plus ou moins considérable suivant sa grosseur, qui, dans les cas moyens, ne dépasse pas le volume d'une orange. Il peut être également plus ou moins régulier, suivant que l'on a à faire à une poche unique ou à une poche bilobée ou accompagnée de diverticules. La peau n'est ordinairement pas modifiée. On trouve, mais rarement, une légère dilatation des veines sous-cutanées, comme dans l'observation VIII.

La palpation est généralement indolore, mais peut s'accompagner d'un peu de sensibilité à la pression. S'il existait un point douloureux très localisé, il serait permis de penser à l'existence d'un foyer d'ostéite sous-jacent, comme dans le cas que rapporte M. le Professeur Princeteau.

La peau glisse facilement sur les plans sous-jacents, et, si l'on veut explorer convenablement la tumeur, il convient de faire mettre le deltoïde en complet relâchement et, pour ce faire, il suffit de soulever le coude du malade. Dans ces conditions, on constate que la tumeur a une surface lisse ou lobulée, une consistance pâteuse ou mollassse, plus ou moins fluctuante. Dans certains cas, la fluctuation manque, et ceci résulte d'un excès de tension du liquide ou de la présence exclusive dans la poche de grains en nombre considérable et la remplissant complètement. Les limites de la tumeur sont difficiles à préciser, et, si l'on arrive à saisir la tumeur à pleine main, on peut se rendre compte qu'elle est tantôt mobile, tantôt plus ou moins adhérente aux plans sous-jacents.

Généralement irréductible, elle donne parfois l'illusion d'une réduction complète quand elle est bi ou multilobée, si

l'une des poches est profonde et inaccessible. Dans d'autres cas, on peut facilement faire passer le contenu d'une poche à l'autre.

Si l'on recommande au malade d'élever le bras, en déterminant ainsi une contraction du muscle deltoïde, on sent, en maintenant la main appliquée sur l'articulation, la tumeur durcir et conserver cet excès de tension pendant toute la durée de la contraction, en même temps qu'elle semble diminuer légèrement de volume.

Nous terminerons l'étude de la palpation par un signe qui tint longtemps une grande place dans la symptomatologie de l'hygroma tuberculeux et qui fut autrefois considéré comme pathognomonique de cette variété de bursite tuberculeuse, nous voulons parler du bruit de chaînon de Dupuytren. A vrai dire, c'est plutôt une sensation qu'un bruit, et, pour la définir, les différents auteurs, qui ont étudié la question, ont employé des comparaisons multiples, mais la plus exacte nous paraît être celle de Duvernay. C'est, dit-il : « Quelque chose d'analogue à la sensation ressentie par le cycliste qui nettoie et frotte la chaîne de sa bicyclette avec un linge épais. On peut encore avoir cette même sensation en promenant la paume de sa main gantée de laine sur une chaîne de montre. » *Lyon Médical*, janvier 1902.

Pendant de longues années, on a cru que la cause de ce phénomène résidait dans le frottement des grains les uns contre les autres. Morisson, dans sa thèse (Lyon, 1903), a détruit cette erreur et a montré que l'interprétation devait être toute différente. Il traduit simplement l'existence d'un ou plusieurs rétrécissements dans une poche bi ou multilobée, et, à ce sujet, il est classique de rappeler les expériences de Michon, qui démontrent ce fait d'une façon péremptoire. « Une vessie est remplie d'eau tenant en suspension des grains de riz. L'exploration de cette vessie suivant tous les modes possibles, sa palpation, sa percussion ne permettent d'obtenir aucun bruit de chaînons. Un lien circulaire comprime une partie de la vessie qui, de tumeur sphérique,

devient une tumeur en bissac. La recherche de la fluctuation dans cette condition révèle avec une netteté parfaite la production du bruit de grains. Le bruit est produit par le frottement des grains contre l'anneau et par la vibration du liquide au travers du détroit. » (Thèse de concours de clinique chirurgicale, 1851.)

Lejars, en donnant une observation de synovite siégeant sur la face dorsale du pied au niveau des tendons extenseurs et où il existait un bruit de chaînon d'une netteté parfaite, alors qu'il s'agissait d'une tumeur bilobée contenant du liquide pur sans grains, a établi très clairement qu'il n'était pas besoin de grains dans le liquide d'une poche kystique bilobée pour donner lieu à la sensation de chaînons. Sur 19 cas, que rapporte Morisson, le bruit de chaînons a été positif dix fois et, chaque fois, il s'agissait d'une bourse séreuse bilobée ou diverticulaire. Dans les neuf observations que nous avons citées, il aurait été trouvé deux fois seulement, mais on ne dit pas quelle était la morphologie de la poche.

Parmi les autres symptômes des hygromas à grains sous-deltoïdiens, citons encore la gêne apportée dans les mouvements de l'articulation scapulo-humérale, rarement la sensation de douleur véritable, et une légère atrophie du deltoïde, qui peut s'étendre aux muscles intrinsèques de l'article.

Pour terminer, nous signalerons que la lésion peut être bilatérale, et nous en rapportons un joli cas dans l'observation I.



CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Il suffit de lire les observations que nous rapportons pour se rendre compte que le diagnostic d'hygroma sous-deltoïdien à grains riziformes n'est pas toujours facile, car c'est dans deux cas seulement sur neuf qu'il a pu être fait. Le plus souvent, on localise facilement la lésion, mais en déterminer la nature exacte devient parfois impossible. En effet, parmi tous les symptômes de l'hygroma à grains, il n'en est aucun de pathognomonique, aucun qui puisse entraîner à coup sûr un diagnostic précis, cependant il en est un qui a le plus de valeur que les autres. Nous voulons parler de la crépitation neigeuse ou mieux de la sensation de chaînons. On peut bien l'observer en dehors des kystes à grains, mais sa valeur n'en est pas moins considérable. Il est à l'affection que nous envisageons ce qu'est le frémissement au kyste hydatique. Lui aussi n'est pas pathognomonique, mais néanmoins c'est un signe de première importance. Le bruit de chaînons doit donc faire penser à l'hygroma à grains sans permettre cependant d'en affirmer l'existence.

Voyons maintenant comment on peut arriver au diagnostic d'hygroma à grains riziformes sous-deltoïdien, en présence d'une affection de l'épaule.

D'emblée, nous mettons de côté les affections aiguës: l'hygroma à grains est une maladie qui évolue lentement et qui fait progressivement son apparition.

Parmi les affections chroniques, nous passerons rapidement sur les lésions qui peuvent siéger au niveau de la

peau et du muscle. La peau est libre et le deltoïde n'est pas atteint dans la maladie qui nous occupe.

Il est plus important d'éliminer les lésions articulaires. L'hygroma pourrait être confondu avec une arthrite, notamment avec une arthrite sèche ou à grains, mais l'intégrité des mouvements de l'article, la localisation de la lésion en un point de l'articulation lèvent ordinairement les doutes. C'est ainsi que dans l'observation VIII, Bilhaut écarte l'idée d'une scapulalgie ou tumeur blanche de l'épaule, car, dit-il, si l'on imprime à l'articulation des mouvements passifs, on n'y trouve aucun craquement, pas la moindre raideur articulaire. Par ailleurs, Caillon, dans sa thèse (Paris, 1898), met en relief le symptôme d'irréductibilité que l'on constate habituellement dans l'hygroma à grains. Au voisinage d'une articulation, dit-il, ce caractère est d'une grande importance, puisqu'il marque l'indépendance de la tumeur et de l'article.

On est ainsi conduit au diagnostic d'affection péri-articulaire, siégeant entre l'articulation scapulo-humérale d'une part, les plans musculaire et cutané d'autre part.

L'exostose de la tête humérale, qui augmente aussi la région de volume, sera facilement reconnu au siège limité de sa base d'implantation, à sa dureté, à sa forme et aux caractères de son développement.

L'ostéosarcome ne donnera pas le change. Il s'agit d'une tuméfaction uniforme de toute la région, douloureuse à la pression, avec douleurs spontanées. La marche est rapidement envahissante et la pression peut déterminer sur certains points une crépitation parcheminée et non pas neigeuse.

Nous signalons simplement la confusion qui pourrait être faite avec un lipome ou un abcès froid siégeant sous le deltoïde.

On en arrive donc à localiser la lésion à la bourse séreuse sous-deltoïdienne et il faut maintenant rechercher à quelle variété de bursite nous pouvons avoir à faire.

Les hygromas séreux subaigus ou aigus et suppurés s'éliminent de par leur définition. La forme plus ou moins aiguë de leurs symptômes suffit à ne pas les confondre avec une affection à bas bruit, essentiellement lente dans son évolution, comme l'est l'hygroma à grains.

Les hygromas chroniques se présentent sous des formes variables, qui comportent chacune un diagnostic différentiel avec l'affection que nous envisageons. Cliniquement, ils doivent en être différenciés, bien que leur étiologie semble être la même, car depuis les travaux de Poncet et Leriche on a tendance à les considérer comme de simples manifestations de la tuberculose inflammatoire.

L'hygroma sec ou périarthrite de Duplay n'a rien de commun dans sa symptomatologie avec l'hygroma à grains. Les troubles fonctionnels relativement intenses, l'aplatissement notable de la région deltoïdienne, les craquements énormes que produisent les mouvements à l'intérieur de la séreuse, en font une affection tout à fait différente.

Dans l'hygroma séreux, la fluctuation très nette, très franche, la marche lente, l'absence de transformation fongueuse demeurent en sa faveur. Malgré tout, le diagnostic différentiel est malaisé, et, dans les autres variétés, les difficultés sont encore accrues.

C'est ainsi que lorsqu'un hygroma chronique se transforme en hygroma hémorragique soit par pachy-bursite, soit sous l'influence d'un traumatisme, la crépitation sanguine pourrait être prise pour de la crépitation neigeuse. Le fait que la crépitation apparaît par écrasement de caillots, la coïncidence de ce phénomène avec une poussée aiguë dans l'évolution de l'hygroma, la présence habituelle de traumatisme dans les antécédents, la tendance régressive de l'affection sont autant de particularités qui entraînent le diagnostic. Dans les hygromas proliférants, il y a production à la surface de leur cavité de végétations fibreuses, quelquefois calcaires, susceptibles de se pédiculiser et de tomber dans la masse liquide de l'hygroma. Ces corps étrangers se-

raient capables par leur conflit réciproque, de provoquer un pseudo-bruit de chaînon.

Il existe aussi des hygromas goutteux dans lesquels des dépôts tophacés peuvent flotter librement dans l'intérieur la cavité et jouer le rôle de corps étrangers.

La syphilis, à la période secondaire, peut créer des hygromas subaigus séreux, indolores ou à peine sensibles à la palpation. Le diagnostic de leur nature ne sera fait que par la constatation simultanée d'autres accidents secondaires et par l'action rapide du traitement mercuriel.

La gomme syphilitique donne une sensation de fluctuation obscure, comme dans l'hygroma à grains, mais ne crépite pas, apparaît chez un spécifique et guérit par le traitement spécial.

Les tumeurs de la bourse sous-delhoïdienne sont d'une grande rareté. Leur consistance inégale, leur forme irrégulière, leur volume parfois énorme, leur évolution plus rapide éviteront de faire la confusion.

Nous sommes maintenant amenés à envisager le diagnostic de la variété d'hygroma tuberculeux. Est-il séreux, fongueux, myxomateux ou à grains riziformes ? Il est impossible de le déterminer si le bruit de chaînons n'existe pas, dit Thévenot, et le diagnostic précis ne peut être fait sans le secours de la ponction exploratrice ou de l'incision.

En terminant, nous insistons sur le fait qu'il faut rechercher systématiquement si l'hygroma est primitif ou secondaire; aussi ce serait commettre une grosse faute, quand on constate l'existence d'un hygroma à grains, que de ne pas explorer le squelette voisin soit cliniquement soit radiographiquement.

CHAPITRE VII

Marche et Pronostic

Si l'on compulse nos neuf observations, on ne voit nulle part d'évolution spontanée: la marche de l'affection a toujours été interrompue par un acte opératoire.

Il est donc difficile de se faire une idée précise de ce qui adviendrait si on laissait la tumeur poursuivre son développement. Cependant par analogie avec ce qui se passe dans les synovites à grains riziformes, abandonnées à elles-mêmes, il n'y a aucune raison de penser que l'avenir de l'hygroma à grains soit différent, puisque l'anatomie pathologique et la physio-pathologie leur sont communes. La tumeur ne ferait qu'augmenter de volume au lieu de régresser, subirait la transformation fongueuse, finirait par ulcérer la peau, s'ouvrir au dehors et présenterait une tendance invincible à la suppuration prolongée par des trajets fistuleux. Le cas que rapporte Quénu au sujet d'un hygroma à grains riziformes de la bourse de la patte d'oie semble confirmer cette hypothèse. Après l'avoir opéré par une incision, suivie de grattage, il vit après une guérison apparente de la plaie opératoire, celle-ci se réouvrir et devenir fongueuse.

Le pronostic de l'affection, convenablement traitée, est au contraire très bon. Dans toutes nos observations, le traitement a été couronné de succès. Il faut cependant faire quelques réserves, et, comme dans la cure chirurgicale des tuberculoses locales, toujours craindre une généralisation post-opératoire, comme dans un cas de Quénu et un autre de Demars. Ces risques existeraient surtout lorsqu'il y a

d'autres lésions bacillaires concomittantes. Cependant ce danger n'est pas suffisant à faire rejeter systématiquement toute intervention. Il faut toujours débarrasser son malade d'une lésion gênante et douloureuse, d'autant que la crainte d'extension rapide de la tuberculose semble un peu illusoire, si l'on pratique l'extirpation en bloc de la poche, ainsi qu'on le fait actuellement, au moins lorsque cela est possible. Cette méthode évitera également l'extension locale du processus et l'atteinte de l'articulation scapulo-humérale. C'est ainsi que Tillaux rapporte une résection de l'épaule qu'il pratiqua chez un malade dix ans après l'avoir opéré d'hygroma sous-delhoïdien.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous laisserons de côté les traitements médicaux, comme la révulsion, la compression, etc., qui n'ont jamais amené d'amélioration.

La seule thérapeutique efficace est réalisée par l'acte opératoire qui peut consister soit dans la ponction avec injection modificatrice, soit dans l'incision suivie ou non de curetage, soit dans l'extirpation totale de la poche.

La première méthode fut surtout employée à un moment où l'on ne connaissait pas ou peu l'asepsie, et encore parfois cette intervention se terminait-elle par des désastres. On ne lit pas sans frémir l'histoire du malade de Forget qui, après une ponction au trocart, suivie d'une injection de teinture d'iode, dans la bourse séreuse de la patte d'oie, eut une arthrite suppurée du genou avec des phénomènes septicémiques graves et dut subir en définitive l'amputation de la cuisse. Dans presque tous les cas traités, on a eu à observer des suppurations d'intensité variable, mais qui toutes retardaient la guérison, lors même qu'elles ne l'influençaient pas déplorablement, comme dans le cas de Forget. Si nous analysons à ce sujet les observations que nous citons, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Un cas de ponction suivie d'injection d'huile éthérée, gaïacolée et iodoformée. La tuméfaction se reproduit un

mois après et nécessite une nouvelle ponction. Guérison fonctionnelle et anatomique au bout de quatre mois, mais augmentation de volume de la tête humérale (obs. II).

Un cas de ponction avec injection iodée sans suppuration, suivie d'une guérison tardive (obs. III).

Un cas de ponction avec injection iodée ayant présenté de la suppuration et guéri au bout de quinze jours (obs. VI).

Un cas de ponction avec injection d'huile iodoformée. L'état reste stationnaire et nécessite une autre intervention trois mois après (obs. VIII).

Un cas de ponction avec injection de glycérine iodoformée sans amélioration, suivie un mois après d'une cure radicale (obs. IX).

Espérant des résultats meilleurs, on essaya ensuite l'incision suivie ou non de curettage. Cette méthode semble avoir donné d'assez bons résultats, mais la guérison était longue et il y avait parfois de la suppuration; elle a même un décès par généralisation à son actif. Nous notons son emploi dans plusieurs de nos observations.

Un cas d'incision suivie de curettage digital de la poche. Suppuration prolongée. Guérison lente au bout de deux mois (obs. IV).

Un cas d'incision avec grattage et cautérisation au chlorure de zinc. Guérison en un mois (obs. V).

Un cas d'incision avec curettage et cautérisation au chlorure de zinc. Guérison en un mois (obs. VIII).

Nous en arrivons maintenant à la méthode de choix : l'extirpation totale de la poche. L'opération idéale sera celle au cours de laquelle on arrivera à disséquer complètement la poche sans en laisser aucun débris au niveau du champ opératoire, mais il faut bien reconnaître que cette intervention radicale n'est pas toujours possible. Elle sera réalisée avec ses plus grandes chances de succès surtout en cas de poche unilobée facilement accessible, sans grandes adhérences avec les tissus voisins et présentant une paroi suffisamment épaisse pour ne pas se déchirer au cours de l'intervention.

Il arrive parfois que la poche crève au milieu de l'opération; il faut alors soit vider le sac et continuer la dissection, soit apposer une pince à kyste sur l'ouverture et s'en servir comme tracteur pour terminer l'intervention. Si par suite d'adhérences ou de diverticules, l'énucléation totale devient impossible à réaliser, il faut pousser la dissection aussi loin que possible, exciser la partie libérée et terminer l'opération ainsi ou la compléter par un curettage ou une cautérisation. Les inconvénients qui peuvent en résulter ne se bornent souvent qu'à une légère suppuration.

Par cette façon de procéder, les suites opératoires sont bonnes et la guérison s'effectue en moyenne entre le dixième et le vingtième jour. Trois cas ont été traités suivant cette méthode dans nos observations :

Un cas d'excision avec guérison au bout de dix jours (obs. VII).

Un cas d'excision après échec de la ponction avec injection modificatrice. Guérison rapide, dit-on (obs. IX).

Un cas d'excision avec cautérisation. Guérison en douze jours (obs. I).

Au cours de l'intervention il ne faut jamais oublier d'explorer le squelette et de rechercher s'il n'existe pas un point d'ostéite.

Dans la technique opératoire, il faudra éviter les incisions verticales externes et surtout postérieures descendant plus bas que 6 centimètres mesurés à partir du bord externe de l'acromion. A cette condition, on sera certain de ne pas léser le nerf circonflexe. Nous conseillons une incision verticale, menée immédiatement en dehors du sillon delto-pectoral, et traversant le deltoïde parallèlement à la direction de ses fibres et conduisant directement sur la face superficielle de l'hygroma.

Faut-il établir un drainage après l'opération radicale ? Les avis sont partagés. Morisson et Ombrédanne le conseillent vivement. Mathieu dit qu'il n'est pas utile et qu'il pourrait même être nuisible.

En résumé, dans l'état actuel de la chirurgie, c'est à la cure radicale qu'on doit donner ses préférences dans la thérapeutique dirigée contre l'hygroma à grains riziformes en utilisant la technique que nous avons décrite, lorsque l'affection siège au niveau de la bourse séreuse sous-deltôïdienne.



CONCLUSIONS

I. — L'hygroma sous-delhoïdien à grains riziformes est rare; sa bilatéralité exceptionnelle.

II. — Il siège habituellement au niveau de la séreuse sous-jacente au deltoïde. Les modalités différentes de ce système séreux expliquent les formes variables présentées par cet hygroma.

III. — Son origine tuberculeuse est universellement admise.

IV. — Au point de vue clinique, il est presque toujours facile de porter le diagnostic d'hygroma sous-delhoïdien, mais il est le plus souvent impossible d'affirmer l'existence des grains riziformes.

La constatation du bruit de chaînons constitue un signe positif de réelle valeur, mais non pathognomonique.

V. — Le seul traitement rationnel est l'extirpation en totalité, sans ouverture de la poche. Cette extirpation n'est pas dangereuse en elle-même, mais il faudra éviter la blessure du nerf circonflexe et l'ouverture de l'articulation de l'épaule. Cette intervention est constamment couronnée de succès.

Au cours de l'opération, on devra toujours rechercher l'existence d'une lésion du squelette.

BIBLIOGRAPHIE

- BILHAUT. — *Annales d'orthopédie et de chirurgie pratiques*, Paris, 1892.
- CABON. — Thèse Paris, 1898.
- CONE (S. M.). — Deux cas de bursite tuberculeuse. *Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, mai 1911 (résumé in-*Journal de chirurgie*, juillet 1911).
- DEHERRIPON. — *Journal de la Soc. de méd. de Lille*, 1907.
- DELORME. — Hygroma sous-deltaïdien. *Bull. Soc. chir.*, 1894.
- DEMARS. — Etudes expérimentales et cliniques tub. Verneuil, 1887.
- DUVERNAY. — Hygroma à grains riziformes. *Lyon Médical*, 1902.
- FORGUE (E.). — *Revue de chirurgie*, Paris, 1913.
- FORGET. — Hygroma à grains riziformes. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1885.
- GAUTRAND. — Thèse Paris, 1898.
- GOSSELIN. — *Chirurgie clinique de la Charité*, 1869.
- LEJARS. — *Revue de la tuberculose*, 1893.
- LEJARS et LABBÉ. — *Revue de la tuberculose*, 1896.
- LERICHE et RHENTER. — *Lyon Médical*, 1908.
- MANZ. — Thèse de Fribourg, 1892.
- MATHIEU. — Thèse de Bordeaux, 1919.
- MICHON. — Thèse de concours de clinique chirurgicale, 1851.
- MORISSON. — Thèse de Lyon, 1903.
- NICAISE, POULET et VAILLARD. — Nature tuberculeuse des hygromas et synovites à grains riziformes. *Revue de chirurgie*, 1885.
- OMBRÉDANNE. — In-Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1907.
- PETIT (J.-B.). — Thèse Paris, 1891.
- PEUGNIEZ. — *Gazette médicale de Picardie*, 1891.

- PONCET et LERICHE. — La tuberculose inflammatoire, Paris, 1912.
- PRINCETEAU. — Synovite à grains riziformes. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911.
- QUÉNU. — Thèse Pardo de Tavera, 1886.
- REINHARDT. — *Deutsche Zeit. f. chir.*, 1909 (résumé in-*Journal de chirurgie*, janvier 1909).
- RICHARD. — Thèse Paris, 1897.
- SYDNEY JONES. — *The Lancet*, 1869.
- THÉVENOT (Léon). — La tuberculose des articulations des gânes et des bourses séreuses. Paris, 1910.
- VIANNAY. — *Lyon Médical*, 1901.
- VILLAR (René). — Hygroma bilatéral sous-delhoïdien à grains riziformes. Société anatomo-clinique de Bordeaux, novembre 1923.
- WALICH. — *Gazette des Hpitaux*, 24 septembre 1889.
-

Imprimerie
SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

BORDEAUX

